

## Solicitud del Cliente para Tarifa de Cuidado de Niños con Necesidades Especiales



Le solicito al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) que pague una tarifa más alta por el cuidado de niños con Necesidades Especiales de mi hijo. Solicito esta tarifa más alta dado que mi hijo padece una condición física, mental, emocional o de comportamiento verificada, lo que significa que necesita un nivel de atención superior mientras está en cuidado de niños.

NOMBRE DEL NIÑO (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/MADRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL PADRE/CLIENTE

**Describa las necesidades adicionales de su hijo mientras se encuentra en cuidado de niños en las siguientes áreas (si fuera necesario, adjunte hojas adicionales para responder a las preguntas):**

1. Todo cambio que haya tenido que realizar en su hogar para satisfacer las necesidades físicas del niño o para su protección (rampas, encimeras más bajas, barandas, iluminación, nivel de ruido, cerraduras, puertas, cercado, etc.):

2. Dispositivos para caminar/ desplazarse /utilizando los brazos y manos /transporte especial:

3. Alimentación (nivel de ayuda que se necesita)/dieta /alergias /preparación de comidas:

4. Dormir/ siestas /descanso /comportamiento habitual para dormir/ posición en la cama o cuando se acuesta:

5. Respiración /problemas respiratorios /alergias: ¿Necesita el niño algún equipo/ medicamento especial?

6. Uso del retrete /higiene personal (lavado de manos/ cara, vestimenta, uso de pañales, cuidado propio):

7. Audición /visión /comunicación:

8. Comportamiento:

**Solicitud del Cliente para Tarifa de Cuidado de Niños con Necesidades Especiales, Página 2**

9. Atención médica/ medicamentos /procedimientos médicos específicos:

10. Otro /inquietudes:

Debe incluir documentación (una carta, memorando, evaluación, etc.) de un profesional con un título de maestría o superior en salud, salud mental o en educación, o de un profesional de servicios sociales o enfermera certificada. Este documento deberá comunicarle a DSHS qué tipo de atención adicional necesita este menor cuando se encuentra en cuidado de niños.

¿Qué tipo de destrezas o capacitación especial considera que necesitará el proveedor de cuidado de niños para que pueda cuidar de su hijo? ¿Podría mostrarle al proveedor?

El personal de DSHS desea que su hijo tenga éxito en el cuidado de niños. Si su hijo ha estado bajo cuidado de niños anteriormente, ¿qué cosas realizó el proveedor para atender las necesidades especiales de su hijo? ¿Qué es lo que no ha podido hacer y por qué?

Los siguientes recursos podrían estar a disposición suya o de su hijo.

- a. La Administración Servicios para Ancianos y Personas con Impedimentos, (360) 902-8444, [www.aasa.dshs.wa.gov](http://www.aasa.dshs.wa.gov)
- b. El programa Healthy Mothers, Healthy Babies, 1-800-322-2588, [www.hmhbwa.org](http://www.hmhbwa.org)
- c. Servicios de Educación Especial (por medio del distrito escolar local)
- d. Una enfermera de salud pública
- e. Terapeuta ocupacional /Terapeuta físico
- f. Terapeuta de respiración
- g. Terapeuta del habla
- h. El grupo Parent-to-Parent u otros grupos de apoyo, [www.arcwa.org](http://www.arcwa.org)
- i. Especialista del comportamiento/Psicólogo/Salud mental para niños
- j. Agencia de Recursos de Cuidado de Niños y Derivaciones, 1-800-446-1114

FIRMA DEL PADRE/MADRE

FECHA